

610.5  
A57  
P52

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno . . . . 25\$000. Por 2 annos . . . . 40\$000.

Vol. XXIV

Setembro de 1932

N. 3

## S u m m a r i o :

Tuberculose uro-genital. Tu- berculose renal cavernosa. Estudo anatomico da tuber- culose renal — Dr. S. Her- meto Junior . . . . .	121
Meningites Bacterianas em São Paulo — Dr. Carvalho Lima .	145
Reuniões Scientificas — Socie- dade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo — Associação Paulis- ta de Medicina . . . . .	151
Literatura Medica — Livros recebidos . . . . .	152
Noticiario — Associação Paulis- ta de Medicina — Sociedade Franceza de Phoniatria . . . .	155

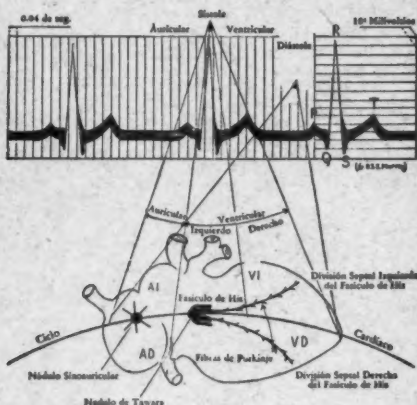
---

---

# COMPLETE os SEUS DADOS CLINICOS

com o

## ELECTROCARDIOGRAMMA



**E**ste é o registo graphico da actividade physiologica das fibras musculares do coração, desde o inicio do impulso no nódulo sinoauricular até seu ultimo signal de actividade nos ventriculos. Verifique por meio do electrocardiogramma si effectivamente o musculo cardiaco está affectado, pois o electrocardiogramma servirá para estabelecer a existencia de muitas irregularidades cardiacas. Enviaremos, de bom grado, literatura a respeito.

**MORENO BORLIDO & COMPANHIA**

Representantes Exclusivos para todo o Brasil  
Rua do Ouvidor, 142 - Rio de Janeiro

**GENERAL ELECTRIC**  
**X-RAY CORPORATION**

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

São Paulo  
Rua Libero Badaró, 50

Belo Horizonte  
Av. Afonso Penna, 342



Com o *Electrocardiographo Victor* poder-se-á facilmente obter o traçado em poucos minutos. A sensível calibração do aparelho, seu manejo simples e seu funcionamento á luz do dia fazem-no um instrumento ideal, tanto para uso de consultorio, como para uso hospitalar.

É FAVOR ENVIAR-ME INFORMAÇÕES SOBRE  
A UTILIDADE PRÁTICA DO  
ELECTROCARDIOGRAPHO

NOME .....

ENDEREÇO .....

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Per 1 anno . . . . . \$5\$000. Per 2 annos . . . . . 40\$000.

---

Vol. XXIV

Setembro de 1932

N. 3

---

## Tuberculose uro-genital. Tuberculose renal cavernosa. Estudo anatomico da tuberculose renal

*Dr. S. Hermeto Junior*

Interno do Serviço de Clinica Cirurgica do Prof. Alves de Lima

Observamos recentemente em caso de tuberculose uro-genital, em um doente que dias após a entrada no serviço apresentou os signaes clinicos de uma pyonephrose, sendo feita a nephrectomia, com peora da lesão epididymaria. O rim retirado se apresentava com caracteres classicos da tuberculose cavernosa. Aproveitamos este caso para fazeremos um estudo antonico da tuberculose renal, considerando a localização das lesões iniciaes, a maneira de propagação da tuberculose no parenchyma renal, a evolução e extensão das lesões, bem como as lesões regressivas e processos de cura. Assim, com o nosso caso de tuberculose uro-genital, visamos não só contribuir para a casuistica clinica, aliás relativamente frequente, mas tambem fazer uma apreciação synthetica sobre os interessantes estudos anatomicos da tuberculose renal.

### Observação.

Arohyto-T., com 17 annos, japonex, solteiro, trabalhador de lavoura, procedente de Promissão, deu entrada na enfermaria em 1.º de Março do presente anno.

*Anamnêse.* —

Queixa — Micções repetidas e com sangue.

Dôres na região lombar direita e metade direita do abdomen — Asthenia.

*Historia da molestia actual.* — A sua molestia data de quatro mezes. Iniciou-se por micções frequentes, acompanhadas de dôres de pequena e media intensidade, que se localisavam no perineo. As micções eram desde o início numerosas, referindo que chegava ás vezes a urinar 28 á 30 vezes por dia. Não notara modificações nos caracteres da urina, bem como não observara sangue na mesma. As dôres que sentia no perineo eram durante o acto da micção, sendo de curta duração, pois permaneciam por poucos minutos. Em Outubro, isto é, um mez após o início da molestia, começou a urinar sangue, que apparecia no principio da micção — e quando se “esforçava” (sic) para executar o acto.

O sangue se apresentava sob a forma liquida, com a sua coloração normal, ou então coalhado (sic). Quando eliminava sangue só alguns minutos após conseguia executar a micção. A urina então era de coloração amarello turva, e refere que urinava pús (sic.). Estes symptomas permaneceram e se accentuaram até Fevereiro deste anno, quando começou a sentir dôres na região lombar direita.

As dôres eram de media intensidade, como si fossem pontadas (sic), sem irradiações para regiões visinhas. Alguns dias após (o doente não se lembra do numero) as dôres se irradiavam para o flanco esquerdo.

As dôres peoravam com o decubitus lateral direito, razão pela qual preferia o decubitus ventral, ou a posição em “cão de fuzil”. (1) Desde o início das dôres os symptomas iniciaes se aggravaram. Desta epocha em diante (Fevereiro) começou a sentir a bocca secca (sic) e o corpo quente (sic), bem como apresentava abundante sudorese nocturna.

Bebia muita agua, embora sempre sentisse sêde. Perdera completamente o appetite, bem como emagrecera bastante.

*Historia progressa.* — Não relata traumatismo sobre a região lombar. Fôra até então um individuo sadio. Dois mezes antes do inicio da molestia foi acometido duas vezes por um traumatismo na região perineal, quando montava um cavallo em pelo.

*Antecedentes hereditarios:* pae e mãe vivos e fortes; tem um irmão e quatro irmãs, sendo todos de boa saúde.

*Antecedentes pessoas:* ignora as molestias peculiares á infancia; nega infecção venereo-syphilitica; não é ethylista, nem tabagista; trabalhava na fazenda 12 horas por dia, carpindo café; a sua alimentação constava quasi que somente de arroz e legumes.

*Interrogatorio sobre os differentes apparatus e systemas.*

Cephaléa. Asthenia. Não tem tosse, dypnéa ou palpitações. Anorexia. Não é sugeito á constipação intestinal. Em relação ao appparelho urogenital já referimos na anamnese as perturbações relatadas. Nada refere em relação aos órgãos dos sentidos e systema nervoso.

*Exame physico geral:* Trata-se de um individuo apparentando menos idade da que conta, de cor amarella, abaixo da estatura mediana, com arcabouço osseo e systema muscular desenvolvidos, mucosas visiveis descoradas, pequeno desenvolvimento do systema piloso, ausencia de esternalgia e tibialgia, bem como de adenopathia epitrochleana ou inguinal.

*Cabeça:* symetrica facil, seios da face indolores é percussão, bem como a mastoide; pupillas regulares, e reagindo bem á luz e á accomodação; dentes careados.

(1) O decubitus dorsal tambem accentuava as dores.

*Pescoço* : Oliver Caldarelli ausente, bem como pulso arterial e venoso.

*Thorax* : typo hyposthenico, tendendo a asthenico ; angulo de Louis saliente, e angulo de Charpy menor do que 90° ; arcabouço osseo e systema muscular pouco desenvolvidos ; saliencia pronunciadas das fossas.

*Abdomen*. — A' inspecção notamos um abdomen ligeiramente abahulado, principalmente na sua metade direita.

A' palpação notamos que toda a metade direita do abdomen apresenta um grau medio de defeza, bem como é dolorosa em toda a região considerada. O figado e o baço não são palpaveis. A região lombar direita, principalmente no angulo costo-vertebral, é dolorosa á palpação profunda. Apesar do certo grau de defeza da parede anterior do abdomen, a palpação bimanual mostra a existencia de um tumor, sem mobilidade respiratoria, occupando o flanco direito, e descendo até a alguns centimetros da crista iliaca. Esta manobra é dolorosa. A percussão da região lombar direita é dolorosa ao doente. Signal de Lloyd positivo.

*Ausculta* — nada ha digno de nota.

*Membros* — nada de anormal.

*Orgãos genitales* — a) Penis — pouco desenvolvido.

b) Urethra, permeavel em toda a extensão, porem de pequeno diametro (vela nº. 17).

c) Prostata — pequena e dolorosa á palpação.

d) Vesicula — augmentada de voluma e muito dolorosa á palpação.

e) Testiculos — normaes.

f) Epididymo direito — apresenta desde a cauda até a cabeça pequenos nodulos, duros e indolores, conferindo-lhe uma conformação granulosa.

*Apparelho respiratorio* : nada digno de nota aos differentes processos prope-deuticos.

*Apparelho cardio-vascular* — idem.

*Systema nervoso* : reflexos cutaneos e tendinosos normaes, bem como as pupillares ; sensibilidade e equilibrio normaes.

*Exames de laboratorio* :

a) Radiographia de ambos os rins.

"Ausencia de concreção opaca na zona de projecção renal. Espina bifida occulta da 1ª. artēbra sacra." ("Dr. Humberto Cezar"). Por outro lado observamos que o rim direito se apresenta augmentado de volume, e sua sombra inferiormente desce até a dois dedos acima da crista iliaca.

b) Radiographia dos pulmões :

Ausencia de lesões no parenchyma.

Seios costo — diaphragmaticos livres.

c) Exame bacteriologico da urina :

Inoculação de cobayo com urina determinou lesões pulmonares por bacillos alcool-acidos resistentes (B. Koch) — Dr. H. Cerrutti.

d) Exame de urina — Albumina.

Sedimento: leucocyts em abundancia, cellulas epitheliaes das primeiras e ultimas vias.

Não foram feitas as provas funcçionaes dos rins.

*Periodo pré-operatorio* :

Durante os primeiros dias de estadia na enfermaria o doente apresentava febre que não ultrapassava a 37°,8.

Do 6.º dia em diante o doente apresentou uma ascensão notável de curva thermica, que pela manhã deste primeiro dias (6.º) attingiu a 39º,4, cahindo á tarde para 36º,4. Por outro lado a "defeza" dos musculos da metade direita do abdomen se accentuara, contrastando com a "flacidez" dos musculos da outra metade. A sensibilidade da região lombar direita tambem era grande. A urina do doente era intensamente turva. Nos dois dias que seguem a temperatura se mantinha alta. O doente nestas condições foi preparado para uma intervenção, sendo feito sôro glycosado e tomado xarope simples.

*Diagnostic-clinico :*

Tuberculose do epididymo — Pyonephrose.

*Operação :*

Anesthesia geral pelo ether administrado em mascara de Ombredanne.

O Dr. Oscar Cintra Gordinho, assistido por nós, procedeu a uma nephrectomia.

Os tempos operatorios resumidamente foram :

a) incisão obliqua a quatro dedos da linha mediana, sobre a região lombar, começando acima da 12.ª costella e terminando na parte media da crista iliaca, e protecção do campo operatorio ;

b) incisão do cellular sub-cutaneo, das fibras posteriores do grande e pequeno obliquos e a aponevrose do transverso ;

c) chega-se sobre o folheto fibroso profundo e aborda-se o musculo quadrado dos lombos, que é reclinado para dentro por meio de um grande afastador ;

d) hemostase de algumas arteriolas inter e intra-musculares, e secção do folheto fibroso profundo ;

e) apparece a gordura pré-peritoneal, pouco abundante, atravez da qual o rim é descoberto e isolado, pelas manobras digitaes ;

f) o rim, muito augmentado de volume e de aspecto polycystico, é exteriorisado, rompendo-se uma das "cavernas", que dá sahida a abundante material caseoso ;

g) pinçamento do pediculo renal, e extirpação do orgão ;

h) ligadura do pediculo com cat-gut chromado no 2 ;

i) drenagem da loja renal com gaze ioformada e drenos de borracha ;

j) sutura da aponevrose do transverso e das fibras posteriores das grandes e pequeno obliquos — nas extremidades da incisão ;

k) sutura da pelle com crima de Florença e aggrafes de Michel, deixando o espaço para a passagem dos drenos. Curativo.

*Periodo Post-operatorio :*

Neste dia (9 de Março) foi feito sôro glycosado, cardiazol e digaleno. No terceiro dia após a operação removemos a curativos, e procedemos ao encurtamento dos drenos de borracha e de gazes. Irrigação da ferida operatoria com solução de Dakin. O estado do doente é bom.

Dahi por deante constatamos uma queda na curva thernica, embora apresentasse ainda febre. Do 5.º dia em diante o doente começou a ter appetite, começando alimentar-se bem. Administração diaria de xarope simples (200 grs por dia). Os curativos diarios constavam de grande irrigação da ferida cirurgica com antiscepticos habituaes. A suppuração parietal, ao contrario do que esperavamos, foi relativamente pequena, notando-se um exuberante tecido de granulação principalmente nos bordos superficiaes da ferida.



O doente ao fim de um mez tinha augmentado consideravelmente de peso, não sentia mais as dores lombares, bem como a urina era muito mais clara. A ferida cirurgica achava-se quasi fechada, persistindo um pequeno trajecto, que dava sahida a pús : todas as gazes foram retiradas.

Neste decurso post-operatorio observamos a aggravamento da lesão epididymaria, que tornou-se maior, bem como attingiu o testiculo correspondente (direito). Alem do mais, o doente appareceu com o epididymo do outro lado tomado por pequenas saliencias granulosas, duras e indolores, estando o testiculo integro. O doente não apresenta ainda nenhuma lesão pulmonar, evidencianda pelos processos propedeuticos ou radiographicos. O doente ainda foi submetido aos raios ultra-violetas, não só ao nivel da ferida cirurgica, como sobre o epididymo e testiculo. Foi tambem feito o tratamento pelas injeções intra musculares de ouro colloidal. Apesar disto, até a epocha em que escrevemos esta observação, as lesões epididymo-testicular esquerda e a do epididymo direito continuam no mesmo estado, pelo menos aparentemente.

### Literatura :

O primeiro trabalho systematisado e que se tornou classico sobre a tuberculose renal é o de Rayer (1841), embora anteriormente Morgagni, Bailhé, Bayle, Howship, Marechal, Reynaud, Wilson, Pasquet, König e Ammon descreveram sob rubricas differentes lesões que devem ser filiadas á tuberculose renal. Rayer chamou a attenção para o facto de que a tuberculose renal é muito menos rara do que se pensava até então. Na opinião de Legueau os autores que seguiram a Rayer não juntaram quasi nada ás descripções anatomicas da tuberculose renal. A esta primeira phase do estudo da tuberculose renal, que pode ser chamada de phase morphologica, seguiu-se a phase histologica e bacteriologica, sendo iniciada por Wirchow e Koch: a tuberculose renal foi então identificada com as outras tuberculose visceraes.

A este periodo pertencem os trabalhos de Cornil, Brault, Cohnheim, Lécorché, Cayla, Durand-Fardel, Baumgarten, Borel, Laroche, Guyon, Hallé, Albarran, Vigneron, Tuffier, Israël e Küster, alem de inumeros outros, os quaes se propunham determinar a vida de acesso do germen pathogenico e seu modo de extensão no rim.

O terceiro periodo, que comprehende a nossa epocha, pode ser designado de periodo cirurgico, contribuindo muitissimo aos estudos anatomo-pathologicos. Neste periodo são obtidas em estadios os mais precoces peças operatorias, que permitiram precisar o estudo anatomo-pathologico da tuberculose renal, emquanto que os experimentadores, por outro lado, — continuam suas pesquisas para esclarecer a pathogenia das lesões. Os progressos advindos nesta epocha nos conhecimento sobre a tuberculose renal, são principalmente consequentes á utilização da nephrectomia como processo de tratamento, tendo como pioneiros os nomes consagrados de Albarran em França, Israël e Küster na Allemanha: de facto deste nodo, poudes estudar-se muitas lesões iniciaes nas peças operatorias.

Legueu, Papin e Verlic (1914), em um trabalho magistral sobre o assumpto, systematisam os differentes problemas que devem occupar não só o anatomo-pathologista, mas tambem o cirurgião, e que são:

a) classificação das formas anatomicas da tuberculose renal chronica;

b) por onde se inicia no rim a infecção tuberculosa;

c) meio de propagação da infecção ao resto do parenchyma, aos calices, bassinete, uretères, bexiga e rim opposto (lesões progressivas ou de extensão);

d) a tuberculose renal poderá curar-se?

#### A) *Classificação das lesões tuberculosas dos rins.*

Antes de descrevermos o rim retirado do doente em questão, vamos mencionar as principaes classificações adoptadas.

Tuffier distingue quatro variedades ou typos de lesões:

a) infiltração nodular;

b) pyelonephrite tuberculosa, por amolecimento de tuberculos e derivação no bassinete;

c) degenerescencia massiça, que se apresenta sob a forma de lojas septadas e cheias de umas substancias analoga ao bethume;

d) hydronephrose tuberculosa, com conteudo citrino, por ureterite tuberculosa obliterante.

Albarran distingue duas formas principaes: a nodular, em que ha tuberculos não calificados e caseificados, e a cavernosa em que ha fusão de tuberculos e abertura no bassinete, ou então ulceração da papillas (forma ulcero-cavernosa). As duas formas accessorias seriam:

a) hydronephrose tuberculosa, na qual encontramos cavernas com paredes fibrosas e obliteração mais ou menos completa do uretér, podendo transformar-se em pyonephrose por infecção secundaria;

b) tuberculose massiça.

Pousson distingue, alem da tuberculose miliar, seis formas:

a) tuberculose infiltrada nodular;

b) tuberculose cavernosa (nodulos amollecidos);

d) tuberculose abcedada (abcesso frios intra-renaes);

e) tuberculose pylonephritica (cavernas abertas no bassinete);

f) hydronephrose tuberculosa (abcessos em que ja se deu a derivação e de paredes fibrosas, com uretères mais ou menos obliterados).

Contrastando com esta ultima classificação, temos a de König e Pels-Leusden, que distingue duas formas de tuberculose renal:

a) tuberculose do parenchyma renal;

b) tuberculose do bassinete, que pode ser primitiva ou consecutiva á abertura de uma caverna no bassinete.

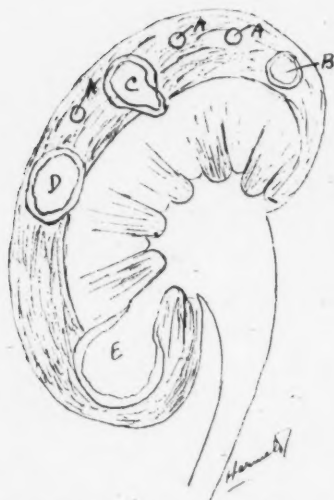








Photographia da peça cirurgica.



Eschema mostrando a evolução das lesões primitivamente corticais.

- A — Tuberculos ao nível dos glomerulos
- B — Nodulo caseoso
- C — Extensão de uma area de caseificação á medular.
- D — Caverna fechada.
- E — Abertura de uma caverna no bassinete.







Küster admite ao lado da tuberculose miliar uma só forma, que chama de tuberculose chronica caseosa, e que na grande maioria dos casos começa no bassinete.

Israel distingue tres formas:

a) forma caseificante cavernosa, que por infecção secundaria se torna pyonephrose tuberculosa;

b) ulceração tuberculosa das papillas;

c) forma nodular ou tuberculose chronica;

Wagner, seguindo a maneira de vêr de Küster, admite alem da tuberculose militar a forma caseificante chronica.

Oppel distingue dois typos de tuberculose renal;

a) nephrite tuberculosa cortical (primitiva);

b) nephrite tuberculosa medular (secundaria). Esta ultima daria lugar as seguintes formas:

1) nephrite tuberculosa pyramidal;

2) tuberculose renal cavernosa;

3) pyonephrose ou hydronephrose tuberculosa;

4) atrophia renal tuberculosa.

Zückerkandl em 1908 descreve em typo de tuberculose renal que denominou de "pyonephrose fechada", e que tem as seguintes characteristics: o parenchyma cheio de cavernas se confunde com o bassinete espessado; o rim é pequeno e não é palpavel, não se tratando de um rim em que se deu a cura", embora seja de consistencia firme (Legueu).

Um facto interessante é que os autores após 1913, e occupados na descripção da tuberculose renal, como Rafin, Wildholz e Schlagintweit, não se preoccupam de traçar uma classificação com formas isoladas, como até então era habito, e mostram que os differentes aspectos do rim tuberculoso representam diversos estados da infecção bacillar, podendo outrosim serem encontrado no mesmo órgão.

Feito, pois, este rapido esboço da multiplicidade das classificações das formas de tuberculose renal, e admittindo o conceito moderno anteriormente citado, passamos a descrever brevemente os caracteres macroscopicos da nossa peça, pois que o cliché dispensa as palavras.

Descripção macroscopica da peça. O rim que foi extrahido apresentava-se augmentado de volume, e com um aspecto polycystico. Foi então feita uma secção longitudinal no órgão, segundo o grande eixo-vertical. Esta secção da lugar á sahida de certas quantidades de uma substancia cremosa e amarellada (material caseoso). A superficie interna, tanto na sua parte cortical como medullar, apresentava-se cheia de cavidades, de forma ovoide, de rebordos salientes, e superficie francamente granulosa, tendo no seu interior aquella substancia cremosa. A região papillar apresentava-se tambem occupada por cavidades, com os mesmos caracteres. As lesões indiscutivelmente invadiam francamente o bassinete. O aspecto polycystico é dado como

se crê bem no clichê, pelas saliências que fazem as cavernas mais superficiais, localizadas na região cortical, e dispostas radicalmente em relação á medullar.

Trata-se, pois, de uma forma francamente cavernosa, determinando uma grande destruição do parenchyma renal.

#### B) Localisação das lesões iniciais na tuberculose renal.

Este estudo baseia-se não só nas pesquisas experimentaes ja antigas, mas tambem nas constatações anatomicas feitas n'estes ultimos annos pelos cirurgiões. Não devemos esquecer que frequentemente os resultados experimentaes tem sido superpostos ás observações clinicas.

Cohnheim, Baumgarten, Cornil, Ranvier, Durand-Fardel e Borrel admittem que as lesões iniciais na tuberculose renal se formem sempre em torno dos vasos arteriaes, que separam as pyramides de Ferrein e particularmente ao nivel dos glomerulos (Borrel, Baumgarten). Estes autores, no entanto, não apresentam um espirito exclusivista, pois que, salientam a região cortical como a localisação de "predilecção". (— e não exclusiva).

Legueu, Papin e Verliac perguntam si serão seguros os resultados da experimentação, e optam pelo estudo comparativo com os factos observados na tuberculose renal chronica.

Oppel, seguindo este criterio, estudou um caso de tuberculose chronica, chegando a conclusão de que a differença está na intensidade do processo, mas que em ambos os casos a infecção é metastatica e chega por via hematogena nos corpusculos de Malpighi.

Rosentein fez um excellent estudo em 74 rins retirados por Israël, sendo que deste total 24 estavam no inicio da infecção tuberculosa. Nestes casos os focos tuberculosos occupam uma situação differente d'aquella occupada nos casos de tuberculose miliar (humana ou experimental); na tuberculose miliar é principalmente a região cortical que é attingida, emquanto que na tuberculose renal chronica ulcero-cavernosa os focos occupam principalmente a região medullar, na visinhança da aboboda vascular supra-pyramidal. Uma outra localisação frequente da tuberculose renal no inicio é a localisação ao nivel do apice da papilla (23 vezes sobre 74).

Em um só caso Rosenstein encontrou uma topographia especial — pois, o foco se encontrava em plena pyramide, equidistante da base e do vertice. Varios autores, entre outros Hogge, Orth, Schneider, Tittinger e Weggelin apresentaram observações de tuberculose renal, tendo sido feita a operação precocemente, todas vindo em favor da origem medullar. Ekehorn em multiplas trabalhos mostra elementos importante que infirmam a theoria da origem medullar da tuberculose renal: segundo este autor a tuberculose começa ao nivel das papillas e dos calices, propagando-se após no rim por via ascendente; é neste periodo inicial que se encontram grandes quan-

tidades de bacillos na urina, devido á erosão das papillas pelo processo; Wilbolz tambem dá a mesma significação a esta "tuberculose papillar".

Estes factos anteriormente mencionados demonstram que as pesquisas anatomo-pathologicas baseadas no exame das tuberculoses renaes chronicas estão em desaccordo com as pesquisas experimentaes e o exame necroscopico dos rins em caso de granulua.

Façamos agora algumas reflexões em torno do caso que descrevemos, sob o ponto de vista das lesões iniciaes.

O exame detalhado da peça como se pode observar no cliché, mostra que o numero maior de cavernas estão localisadas na região cortical, fazendo saliencia exteriormente e dando ao órgão o aspecto polycystico. Outrosim observa-se que as cavernas da cortical se prolongam na medullar do lado das suas porsões internas (que olha para a medullar).

Estes factos nos permitem suppor que o processo se localisou primitivamente na região cortical, e posteriormente invadiu a medullar, chegando até a região papillar e bassinete.

Si admittirmos o ponto de vista de Oppel, o nosso doente apresentou primeiramente uma "nephrite" tuberculosa cortical, e consequentemente uma nephrite tuberculosa medullar (secundaria), condicionando a tuberculose cavernosa.

Si a lesão inicial, no presente caso, fosse localisada na região papillar, não poderíamos comprehender o numero de cavernas da região cortical, as suas grandes dimensões comparadas com as cavernas da região papillar, e o facto d'estas invadirem a medullar, alem das cavernas da cortical apresentarem as suas maiores proporsões, na parte mais periphericas do órgão, e não na região que confina com a medullar.

### C) Vias da infecção renal.

Tres grandes vias podem vehicular o Bacillo de Koch para o rim:

- a) a via sanguinea;
- b) a via ascendente ou canalicular;
- c) a via lymphatica.

a) Via sanguinea: Durand Fardel, Vigneron e Du Pasquier fracassaram em suas experimentações para demonstrar a invasão do rim por via sanguinea.

Não nos interessa commentar as experiencias de Borrel, Laroche, Baumgarten, Hansen, Asch, Leon Bernard e Salomon, porem basta mencionarmos que a tuberculisação do rim foi obtida. Os trabalhos de Meinertz e Pels Leusden mostram o papei importante da hyperhemia venosa na localisação da tuberculose sobre o rim. Não existe, como accentua Legueu, concordancia entre os resultado experimentaes e os fornecidos pela clinica, pois que, as experiencias reproduzem tão somente o typo da tuberculose miliar, no qual a le-

são se localiza ao nível dos corpusculos de Malpighi, enquanto que nas formas chronicas habituaes a localização é geralmente papillar e medullar: o que fica bem estabelecida é a possibilidade do rim ser tuberculizado por via sanguinea.

b) Via ascendente.

As primeiras experiencias foram feitas por Cayla, Albarran, Baumgarten e Kappis, Hansen, Bernard e Salomon, sendo que em todas se procedia á ligadura do uretér, obtendo-se uma tuberculização ascendente. A ligadura do uretér era necessaria com o fito da inoculação do germen feita abaixo determinar uma lesão, que depois se propagaria por continuidade. Apesar disto estas experiencias, diz Legueu, não infirmam a lei estabelecida por Baumgarten de que a tuberculose renal não se propaga contra a corrente de urina, condição que é supprimida na experimentação. Wildbolz em interessantes experiencias demonstrou que mesmo o curso de urina sendo livre os bacillos podem chegar a invadir o rim, bem como que se trata de uma infecção por via canicular, e não por via lymphatica.

Bauereisen e Walker em suas experiencias estudam a infecção bacillar da bexiga e a sua consequencia, a infecção ascendente (por via lymphatica segundo Bauereisen) que se dá nos casos de descontinuidade do epithelio vesical, e quando o curso da urina é interrompido. De todas estas experimentações conclue-se a pouca possibilidade de tuberculização do rim por via ascendente.

c) Via Lymphatica.

Brongersma no 1.º Congresso Internacional de Urologia (1908), apoiando-se em pesquisas anatomicas de Sappey, Küster, Waleminsky e nos dados anatomo-pathologicos de Tendeleo, sustentou que a tuberculose renal medullar succede á infecção dos ganglios medias-tinaes.

Na opinião de Legueu, Papin e Verliac na pathogenia da tuberculose renal chronica esita-se entre a via sanguinea (arterial ou venosa) e lymphatica.

D) Como a tuberculose renal se estende no parenchyma, e ao uretér, bexiga, rim opposto e aparelho genital.

Admittida a vehiculação dos bacillos por via sanguinea, é logica de suppor, que se formem "ab imitio" varios fôcos primitivos e isolados, porem este facto parece a excepção. Ekehorn sustenta a theoria de que o fôco primitivo é unico, e a infecção do resto do rim é secundaria, sendo feita pela urina como soe acontecer para o uretér e bexiga, começando a infecção na superficie do bassinete, calices, papillas e dando assim a infecção ascendente do rim.

Na theoria de Orth á infecção se iria localisar nas arteriolas terminaes da pyramide (renicula), e quando os fôcos se abrem nos caliculos urinarios podem seguir dois caminhos;

- a) ascendente, isto é, para a cortex;
- b) descendente, para a papilla.

A extensão das lesões bacillares ao uretér foram bem estudadas, principalmente após o trabalho de Hallé e Motz. Por outro lado a tuberculose vesical é geralmente de origens descendente, consecutiva a uma tuberculose renal.

A tuberculose uma vez na bexiga pode attingir o uretér do outro lado do rim e, por uma proporção ascendente, attingir o rim opposto, trata-se de uma eventualidade rara. Por outro lado a infecção bacillar pode ganhar a urethra prostatica e d'ahi attingir os canaes ejaculadores, prostata e vesicula, descendo pelo deferente e vindo determinar a infecção do epididymo e, posteriormente, do testiculo. Não nos compete aqui discutirmos as diversas theorias pathogenicas que explicam a infecção do epididymo e testiculo, porem chamamos a attenção para a infecção descendente. No doente que descrevemos, observamos uma lesão do epididymo direito, que achamos uma consequencia da propagação descendente da infecção primitivamente renal.

O grau intenso de destruição do parenchyma renal pelo processo tuberculoso, e a derivação do material caseoso no bassinete e uretér, mostra perfeitamente a facilidade da infecção vesical e d'ahi a propagação á urethra prostatica.

A' ideia de admittir uma tuberculose originariamente do epididymo, no presente como, tendo consequentemente uma propagação deferencial, vesicular e prostatica, para attingir a bexiga e finalmente ao uretér, bassinete e rins — parece pouco provavel, e neste particular ja commentamos anteriormente a questão da tuberculisação do rim por via ascendente ou canalicular. Resta tão somente as hypothese de que a infecção epididymaria é consequente á infecção descendente ou então representa, como a lesão renal, uma localisação primitiva da infecção trasida por via sanguinea. Falla contra a tuberculose epididymaria hematogena:

a) existencia frequente de tuberculose epididymo-testicular sem foco pleuro-pulmonal ou visceral antecedente;

b) a raridade desta localisação da tuberculose nos individuos apresentando tuberculose pulmonar. Estes factos, no entanto, não podem negar categoricamente a possibilidade da infecção epididymo-testicular por via sanguinea. No caso que descrevemos, existindo uma lesão renal em intensa actividade, não será mas logico recorrermos a esta lesão para explicarmos a tuberculose do epididymo?

Si examinarmos os dados fornecidos pela anamnese, veremos que souamosuqd ogu a esojnraeqn ajnsa eun nojusade ajuaeop ossou o vesicaes independentes de uma cystite, como soe acontecer na maioria das vezes nos casos iniciaes de tuberculose renal (Desnos e Minet). Na verdade, tendo-se em vista a anamnese, observamos:

- a) micções frequentes;
- b) dôres á micção;

- c) hematuria "inicial";
- d) espasmo urethral;
- e) pyuria.

Estes diferentes symptomas assim reunidos jamais se observaram nos phenomenos vesicaes sem "cystite tuberculosa", e consequentes á lesão renal. A cystoscopia não foi feita no presente caso.

Desnos e Minet, em seu tratado, mostram as lesões reveladas pela cystoscopia, principalmente nos casos adeantados, nos quaes se encontram ulcerações e proliferações da mucosa peri-urethral (lesões de 4º grau de Desnos e Minet).

Estas considerações mostram perfeitamente a facilidade com que a infecção podera ganhar a urethra prostatica, e d'ahi infectar o conjunto prostato-vesiculo-deferenciario e, como etapa final d'esta "expansão" da processo primitivamente renal, a localização epididymaria, para n'um epilogo attingir o testiculo. Desejamos salientar a associação das lesões epididymarias e testiculares nos casos adiantados, pois que, inicialmente e na metade dos casos, segundo Beck, o testiculo não é attingido. No caso que descrevemos, approximadamente um mez após a nephrectomia, o doente apresentava o testiculo tomado pelo processo, bem como logo após a infecção se apresentou ao epididymo opposto: este facto, segundo Forque, é demonstrado nas lesões antigas pelas necropsias. E' interessante a estatistica de Haas, que mostra a data de apparecimento da lesão testicular:

- a) em 18 % dos casos a lesão apparece 2 mezes após o inicio da epididymite tuberculosa;
- b) em 40 % dos casos apparece 6 mezes após o inicio da lesão epididymaria;
- c) em 42 % dos casos após um semestre.

A propagação da infecção epididymaria tuberculosa mostra a necessidade de extirpar-se precocemente aquelle órgão (epididymectomy), evitando-se alem disso a propagação para o epididymo opposto. O caso presente, em que não se fez a extirpação precoce, é infelizmente muito elucidativo.

#### D) Lesões regressivas e processo de cura.

Antes de esboçarmos os processos de cura, é indispensavel e logico mencionarmos qual o conceito de "rim tuberculoso curado". Segundo Papin devemos assim denominar um rim que já não é mais tuberculoso, porque não contem nenhum producto susceptivel de tubercular um animal, qualquer que seja o estado anatomico deste rim.

Papin, Legueu e Verliac classificam os "processos de cura" segundo um criterio puramente anatomico, e consideram dois grupos:

- a) o processo de cura em superficie, sem excusão dos calices;



b) os processos de cura por exclusão dos calices.

a) *Processo de cura em superficie sem exclusão.*

E' um processo de cura extremamente raro (Papin, Legueu e Verliac). Observa-se as mais das vezes na bexiga e uretér, e occasionalmente no rim.

Consiste no "processo de cura" de uma ulceração tuberculosa, e apresenta as seguintes etapas:

1) a ulceração cessa de crescer;

2) as porções caseificadas se eliminam;

3) no fundo da ulcera apparece um tecido de granulação "especifico", que acaba se transformando num tecido fibroso.

Legueu diz que o epithelio pyelico pode recobrir secundariamente esta superficie fibrosa formada (caso de ulceração na região papillar). Este mesmo autor, em um trabalho em colaboração com Papin e Verlice, menciona que só observara um caso deste typo de "cura anatomica" (observação III, citada á pagina 474 dos Archives urologiques, tomo 1.º, fasciculo 4, 1914). Tratava-se de um caso de antigas ulcerações tuberculosas papillares, com lesões recentes em evolução: a peça mostra, tambem figurada no eschema "d'après nature" — cicatrizes de lesões palpillares, não existindo a obliteração (ou exclusão) dos clices.

b) *Processos de cura por exclusão:*

São os seguintes:

a) Obliteração calcarea;

b) Obliteração caseosa;

c) Obliteração fibrosa.

Apesar desta distincção, diz-se habitualmente que a reação fibrosa estenosante é a base do processo de obliteração. Legueu, Papin e Verliac, no entanto, mostram que a primeira lesão é a caseificação (observada ao nivel de um calice que irá obliterar-se): dá-se após deposição calcarea, e secundariamente, ha a transformação fibrosa progressiva, transformando-se o calice n'um cordão fibroso. Legueu, Papin e Verliac no magistral trabalho sobre "E'tude anatomique de la tuberculose rénale" (loco citado) apresentam inumeras observações com illustrações relativas aos processos de obliteração.

Estes processos que acabamos de expôr representam, é necessario dizer, "processo parciais de cura".

Legueu, Papin e Verliac distinguem tres formas de "cura total", que são representadas:

a) pelo rim tuberculoso fechado;

b) pelo rim tuberculoso aberto;

c) pelo rim atrophico esclero-lipomatoso.

No primeiro typo encontramos: rim apresentando uma serie de cavidades, de paredes esclerosas, com um conteudo espesso, granu-

loso, ás vezes claro. Esta forma foi descripta por Klippel com o nome de rim tuberculoso polycystico, e por Albarran com a rubrica de hydronephrose tuberculosa. Zückerkandl descreveu uma "pyonephrose tuberculosa fechada" — que na realidade é uma tuberculose em plena evolução, bem que fechada (Legueu).

A segunda forma é muito mais rara: o rim apresenta uma cavidade de paredes fibrosas, contendo uma substancia de aspecto purulento — não tuberculisando os animaes de laboratorio. A terceira forma é representada pela atrophia esclero-lipomatosa: o rim é reduzido ao volume de uma noz, contendo tão somente tecido fibroso e gordura.

Legueu, Papin e Verliac consideram isoladamente a forma de cura da tuberculose renal cystica caseosa ("rein mastic" dos francezes), que se dá por autonephrectomia, isto é, consequentemente á obliteração uretêral. Os estudos d'aquelles autores mostram, no entanto, que nem sempre a cura é consequente á obliteração ureteral, porque esta obliteração não é constante (observação 89 do trabalho de Legueau, Papin, Verliac — pg. 471, lóco citado).

Praça da Sé, 43.

### Resumo:

O autor descreve um caso classico de tuberculose caseosa do rim direito, associada a uma tuberculose do epididymo do mesmo lado. Na anamnêse estão bem evidentes os symptomas de uma cystite tuberculosa — que domina, mais do que outros symptomas, o quadro clinico apresentado pelo doente. O paciente — com signaes evidentes duma pyonephrose (observada durante a sua estadia na enfermaria) é levado á mesa operatoria, sendo feita uma "nephrectomia", attendendo-se ao estado do rim. O estado geral do doente melhorou consideravelmente, porem a lesão epididymaria peorara, bem como 1 mez após attingia o testiculo direito e logo após — apparecia no epididymo esquerdo. O doente foi submettido á aurotherapia e ás applicações de raios ultra violetas. O autor aproveita este caso para fazer um "mise au point" do estudo anatomico da tuberculose renal. Commentando a sua observação mostra que no presente caso provavelmente a lesão inicial foi cortical, apresentando argumentos anatomicos, bem como filia a lesão epididymaria a uma propagação descendente do processo — demonstrando a existencia de uma "cystide tuberculosa", como preambulo á infecção prostatovesiculo-deferencial. Chama ainda a attenção para a necessidade da epididymectomy precoce nos casos de lesão do epididymo, tendo-se em vista a propagação frequente da lesão ao testiculo correspondente, bem como ao epididymo do lado opposto. O autor aborda ainda os "processos de cura anatomica" das lesões tuberculosas do rim.

### REFERENCIAS

Albarran. - Braun, Heitz-Boyer, "Apropos de la pathogenie de la tuberculose rénale". XIV<sup>e</sup> session de l'Assoc. franc. d'Urologie (Annales) — 1910 pag. 409  
Albarran — in Le Dentu et Delbet (artigle Tuberculose renale), tomo VIII ; in Legueu, Papin e Velic ; in Desnos e Minet.

- Baumgarten — in Legueu, Papin e Verliac.  
Baumgarten e Kappis — in Legueu.  
Bernard e Salomon — C. R. de la Soc. de Biologie. Janeiro de 1905.  
Baüeruisen — Baitrage zür Frage der aszendierende Nierentub. Zeitschrift.  
für gynæk. Urologie — 1911 — Bd II.  
Borrel — Tuberculose experimentale du rein — Annale de l'Institut Pasteur, tomo VIII — f. 2.  
Cayla — in Fargue.  
Cayla, Cohnhein, Cornil e Ranvier, Durand — Fardel — in Legueu, Papin e Verliac.  
Desnos e Minet — Traité des maladies des voies urinaires — Paris — Doin. 1909 — pag. 610 e 895.  
Eckhorn — Über die Ausbreitung der Nierentuberkulose in der tuberkulösen Niere. Folia urologica, tomo II, pg. 1.  
Eckhorn — Beiträge zür Kenntnis der Wachstumtopographie der Tuberkelbazillen in der Niere. Archiv. für Klin. Chir., tomo 84, fasciulo IV.  
Fargue — Précis de pathologie externe — Paris — Doin. — 1922. — 7ª. ed. II vol., pag. 1.112 e 1.113.  
Hass — in Fargue.  
Hogge — Nephrectomies precoce pour tuberculose renale. Annales de la Soc. belge d'Urologie. 1910 — vol. 2.  
Hansen — E'tude expérimentale, anatomique e clinique de la tuberculose renale (these de Copenhague, 1901) in Legueu.  
Halle e Motz — idem.  
Legueu, Papin e Verliac — E'tude anatomique de la tuberculose renale (origine, evolution, processus de guérison). Archives urologiques (de la Clinique de Necker) — tomo I, Fasc. 4 — 1914 pg. 434.  
Oppel — Tuberculose der Nieren — Folia Urologica — 1907. t 1. n.º 4.  
Rafin — Tuberculose renale — Encyclopédie française d'Urologie — 1914 — tomo II.  
Rayer, Morgagni, Bailhé, Bayle, Howskip, Maréchal, Reynaud, Wilson, Pasquet, König, Ammon, Wirchow, Brault, Vigneron, Tuffier, Israël, Küster, Pousson, Pels-Leusden, Wagner, Zuckerkandl, Wildbolz, Schlagintweit, Rosens-tein e Schneides — in Legueu.

## **As aguas medicamentosas naturais**

**Orientação moderna sobre o estudo e aplicação das  
aguas minerais, pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

**Preço 10\$000**

**Pedidos ao autor, caixa postal 1574, São Paulo**

# ALUETINA

Injeções mercuriais indolores

ALUETINA N.º 1 - Dosada a 1 centg. de  
cyaneto de mercurio.

ALUETINA N.º 2 - Dosada a 2 centg. de  
cyaneto de mercurio.

*Tratamento intensivo da syphilis  
em todas as suas manifestações.*

**V. WERNECK & CIA.**

Rio de Janeiro



## GLIRENO

Tonificação energica indicada na: De-  
bilidade Geral, Fraqueza Pulmonar,  
Bronchites Chronicas, Infecções em  
Geral, Convalescenças, Pretuberculo-  
se, Magreza, etc. etc.

**B A S E :**

Esteres Ethilicos do Oleo de Capivara,  
Cholesterina, Guayacol em doses minima.

## CARSANTYL

Preparado scientifico indi-  
cado na cura da Gonor-  
rhéa aguda ou chronica  
e em todas as suas com-  
plicações.

**B A S E :**

Ether Santalyl-carpotrochico

*Laboratorio Chimico Leopoldinense - (L. C. L.)*

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

**BARROS & JUNQUEIRA**

Phone: 2-6458. Caixa Postal: 3969. São Paulo

## Meningites Bacterianas em São Paulo (\*)

**Dr. Carvalho Lima**

Director do Instituto Bacteriologico

O Instituto Bacteriológico de São Paulo fez, no periodo de Janeiro de 1928 a Dezembro de 1931, exame bacteriologico do liquido cephaleo rachidiano de 474 casos suspeitos de meningite. O resultado traduz a frequencia das bacterias encontradas nos casos de meningite occorridos em São Paulo. Antes de 1928, nenhuma estatistica era fiel, porquanto os exames eram feitos exclusivamente em relação ao meningococco e a germes capazes de crescerem nos meios usuaes. Só incidentemente eram assignalados casos de meningites typhicas. De 4 annos para cá os exames de liquido cephalo rachidiano são sempre completos. Dos exames feitos 244 foram negativos e em 230 foram encontradas as bacterias descriminadas no quadro abaixo:

	1928	1929	1930	1931	TOTAL
Meningococco . . . . .	26	24	31	13	84
Pneumococco . . . . .	11	2	17	11	41
Bacillo de Pfeiffer . . . . .	8	3	9	11	31
Bacillo de Koch . . . . .	3	8	6	13	30
Estaphylococco . . . . .	3	2	4	6	15
Estreptococco . . . . .	1	2	3	2	8
Diplococcos Gram negativos . . . . .	—	—	—	8	8
Micrococco catarrhal . . . . .	1	1	2	—	4
N. Sicca . . . . .	—	1	1	—	2
Bacillo typhico . . . . .	—	—	1	1	2
N. flava . . . . .	—	—	—	1	1
Bacillo proteus . . . . .	—	—	1	—	1
Bacillo mucoso capsulado . . . . .	1	—	—	—	1
Meningococco e micrococco catarrhal . . . . .	—	—	—	1	1
Estreptococco e estaphylococco . . . . .	—	—	—	1	1
Total . . . . .	54	43	65	68	230

(\*) Apresentado á Semana de Laboratorio da Sociedade de Medicina de S. Paulo, reunida de 11 a 17 de Janeiro de 1932.

*Meningite meningococcica.* — O assumpto é bastante conhecido. A pesquisa de meningococco não offerece difficuldade. Uma vez obtido em cultura pura o germe é identificado. Procede-se primeiramente a prova da fermentação dos carbohydratos. O meio mais adoptado entre nós é o contendo, como indicador, vermelho neutro. A côr, porém, não permite apreciar claramente as reacções de fermentação. Preferimos, por isso, agar-sôro com indicador Andrade cujo emprego introduzimos nos exames do Instituto Bacteriologico:

GRUPO NEISSERIA	DEXTROSE	MALTOSE	LEVULOSE
N. intracellularis . . . . .	+	+	—
N. gonorrhoeae . . . . .	+	—	—
N. catarrhalis . . . . .	—	—	—
N. sicca . . . . .	+	+	+
N. flava . . . . .	+	+	+
N. perflava . . . . .	+	+	+
N. subflava . . . . .	+	+	—

O meningococco (*Neisseria intracellularis*) fermenta a maltose e a dextrose, sendo sem acção sobre a levulose. Sómente a *Neisseria subflava* apresenta a mesma fermentação do meningococco, mas nesses casos, que são raros, a côr amarella da cultura afasta qualquer duvida. Completa-se a identificação pela sôro-agglutinação e pela differenciação em typos. De 230 casos, 84 foram positivos para meningococco, e que dá um coëfficiente de 34.7 %. Essa porcentagem, entretanto, deve ser um pouco augmentada porque em 8 casos foram encontrados diplococcos Gram negativos, pelo exame directo, mas não houve crescimento nos meios de cultura, e os germes não puderam ser identificados. Verifica-se, porém, visivel decrescimo da meningite cerebro espinhal, em São Paulo, de 1928 para cá.

*Meningites pneumococcicas.* — Nos casos em que nos meios usados obtem-se cultura pura de coccos Gram positivos, procede-se a identificação. Os estaphylococcos são facilmente reconhecidos. Para se distinguir os pneumococcos dos estreptococcos, verifica-se principalmente a solubilidade em bile e a fermentação da inulina. As meningites pneumococcicas occupam o segundo logar entre nós, dando uma porcentagem egual a 17.2 %. Podem ser primarias ou secundarias e são sempre fataes.

*Meningite grippal.* — O bacillo de Pfeiffer é um habitante normal das vias respiratorias superiores do homem. Existe em mais de 50 % das pessoas sãs. Nas creanças de amygdalas hypertrophiadas, Legroud e Girard (1) affirmam que é encontrado em cerca de 85 % dos casos. E' isolado tambem do sangue. Já o isolâms de casos de endocardite maligna (2). Ao lado de outras localisações, a predileção do bacillo de Pfeiffer é pelo liquido cephalo rachidiano. Causa frequentemente meningite. Muitas vezes, porém, estas menin-



gites são rotuladas como meningites tuberculosas porque o exame bacteriológico é negativo, e no decurso da doença nenhum symptoma existe capaz de distinguil-as das outras meningites. Mas, o exame bacteriológico só é negativo porque o liquido não é semeado em meios de cultura adequados. O bacillo de Pfeiffer é exigente. Requer determinadas substancias para o desenvolvimento. O facto de crescer, ás vezes, em meio commum, está hoje perfeitamente explicado. E' um factor desconhecido que exerce acção benefica sobre o meio e fornece as substancias requeridas. Outras vezes o crescimento se dá graças á contaminação do meio de cultura por outra bacteria, pois entre as substancias que favorecem o seu desenvolvimento figuram os productos de desintegração das bacterias. Com os conhecimentos que se tem hoje da biologia do bacillo de Pfeiffer, o seu isolamento é facil desde que se usem meios adequados. O proprio agar-sangue, meio aptimo para o meningococco, não satisfaz o bacillo de Pfeiffer, pois elle não é hemophylico absoluto como se pensava. Estudos mais modernos do germe mostram que apenas alguns elementos do sangue são favoraveis e que pelo aquecimento o sangue torna mais preferido. O assumpto foi estudado por Thjötta (3) e Thjötta e Avery (4). Demonstraram que são exigidas duas substancias distinctas, "V" e "X", encontradas igualmente em extracto de bacterias, cogumelos e vegetaes frescos. Nenhuma dellas é capaz de manter sósinha o desenvolvimento do germe. A substancia "X" associada á hemoglobina, é estavel e actua em porções diminutas. Os vegetaes frescos contêm as duas substancias.

Conhecidas essas circumstancias propicias ao desenvolvimento do germe, o isolamento não apresenta difficuldade. Emprega-se, de preferencia, agar com sangue aquecido, denominado agar chocolate. Usa-se tambem agar-sangue com glycerina, meio com oleato de sódio e agar-sangue pepsinado de Fildes. A frequencia das meningites causadas pelo bacillo de Pfeiffer foi de 13.4 %. Das 31 raças isoladas, poucas apresentavam morphologia commumente descripta para o bacillo de Pfeiffer, isto é, bacillos curtos e delgados. A maioria era de bacillos longos e filamentosos. Não existe ainda criterio bem asentado para a classificação do bacillo de Pfeiffer. Os estudos de Pritchett e Stillmann (5), Stillmann e Bourn (6), Dible (7) e Kistensen (8) parecem mostrar que as bacterias hemophylicas das vias respiratorias superiores do homem são heterogeneas e constituem tres grupos: no primeiro incluem-se os verdadeiros bacillos de Pfeiffer. São bacterias hemophylicas não hemolyticas; ao segundo, pertencem bacterias que podem ser incluidas no grupo anterior, mas que apresentam, ás vezes, morphologia muito differente, podendo ser filamentosas. O terceiro grupo é formado por bacterias hemophylicas hemolyticas, mas não pathogenicas. A separação morphologica não pôde, entretanto, satisfazer inteiramente. Tentámos verificação da fermentação dos carbohydratos, usando o meio de McLeod que é caldo com sangue desfibrinado aquecido e phenol vermelho com in-

dicador. Não chegámos, porém, a resultados satisfactorios. A côr do meio difficulta qualquer verificação da fermentação.

Não temos informações clinicas dos doentes dos quaes isolámos o bacillo de Pfeiffer. A maioria, porém, era criança. A mortalidade é quasi total. Só temos conhecimento duma cura, para cujo doente, internado no Hospital de Isolamento, preparámos vaccina autogena.

*Meningite tuberculosa.* — Em todos os líquidos entrados para o laboratorio deve-se pesquisar o bacillo de Koch. Surprehende-se assim muitos casos positivos. Entre os que relatamos, figura um cujo doente foi removido para o Hospital de Isolamento com diagnostico de encephalite lethargica. Para a pesquisa do bacillo de Koch aproveita-se de preferencia a fibrina do liquido centrifugado. O exame precisa ser attento e demorado porque na maioria das vezes os bacillos são pouco numerosos. O coefficiente de meningites tuberculosas nestes 4 annos foi de 13.0 %. E', portanto, muito mais frequente do que, até agora, se pensava.

*Meningites typhicas.* — Para a pesquisa do bacillo typhico semea-se o liquido cephalo rachidiano em bile nutrosada a 2 % e depois de 24 horas passa-se para as placas de meios especiaes. Preferimos o meio com acido rosolico, já muito conhecido e originado no Instituto Bacteriologico de São Paulo, depois das experiencias de Calazans e Bruno Rangel Pestana. Esse meio já foi adoptado em outros laboratorios de São Paulo e tem dado assumpto para trabalhos scientificos.

Meningites typhicas já foram frequentes em São Paulo. Nestes 4 annos registraram-se apenas 2 casos. Estas meningites foram assignaladas, entre nós por Ulhôa Cintra, Toledo Piza e Calazans. Quasi sempre são secundarias. Apparecem no decurso duma febre typhoide. Ha, entretanto, meningite primaria, ou pelo menos de localisação meningeal simultanea com a localisação intetinal, como no caso de Toledo Piza e Calazans.

*Outras bacterias.* — Das outras bacterias encontradas no liquido cephalo rachidiano destes casos, salienta-se o *Bacillus proteus*. Só conhecemos um caso identico, relatado por Anderson (9). Foi encontrado, tambem, uma vez, bacillo mucoso capsulado (*Klebsiella pneumoniae*). São casos raros e quasi sempre mortaes. O germe isolado mereceu estudos especiaes do nosso companheiro Luiz Salles Gomes, que ainda não deu publicidade ao seu trabalho. Quanto ao micrococco catarrhal, é germe já bastante assignalado em meningites primarias e secundarias. Não conhecemos referencias, mas devem existir, em relação á occorrença da *Neisseria sicca* e *Neisseria flava*, no liquido cephalo rachidiano.

Finalizando repetimos que o resultado destes ultimos 4 annos reflecte a frequencia das bacterias dos casos de meningite verificados em São Paulo, porque os exames bacteriologicos foram sempre com-

pletos, fosse qual fosse o aspecto physico do liquido cephalo rachidiano, ou a suspeita despertada pelo caso clinico.

Rua do Arouche, 11 sobr.

## REFERENCIAS:

- 1 — Legroud e Girard: Presse Medicale, 1928, 273.
- 2 — Carvalho Lima: Ann. Paul. Med. Cir., 1929, XVII, 217.
- 3 — Thjötta: Jour. Exp. Med., 1921, XXXIII, 763.
- 4 — Thjötta e Avery: Jour. Exp. Med., 1922, XXXIV, 97, 455.  
Thjötta e Avery: Jour. Exp. Med., 1924, XL, 671.
- 5 — Pritchett e Stillmann: Jour. Exp. Med., 1919, XXIX, 259.
- 6 — Stillmann e Bourn: Jour. Exp. Med., 1920, XXXII, 665.
- 7 — Dible: Jour. Path. & Bact., 1924, XXVII, 151.
- 8 — Kistensen: Class. Hemogl. Bacteria, 1922.
- 9 — Anderson: Jour. Path. & Bact., 1921, XXIV, 478.
- 10 — Ulhôa Cintra: Ann. Paul. Med. Cir., 1918, VI, 193.
- 11 — Toledo Piza e Calazans: Ann. Paul. Med. Cir., 1920 VIII, 283.

**Artefactos de Borracha**

**LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA.  
TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS.  
BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA.  
DEDEIRAS.**

**VARIOS ARTIGOS PARA LABORATORIO E PHARMACIA**

*Genesio Figueirôa*

**CAIXA POSTAL, 1256**

Rua Ypiranga N.º 19-A e 19-B

São Paulo

■ HOSTIAS ■

GRANULADOS ■

**TRICALCINE**  
**IRRADIADA**

VITAMINA D  
SAES DE CALCIO

RECONSTITUINTE  
GERAL

LABORATORIO DOS PRODUCTOS SCIENTIA 21 RUE CHAPTAL PARIS IX\* ARR\*

# ANTIVIRUSTHERAPIA

**ANTIVIRUS** são substancias de origem microbiana, capazes de vaccinar localmente, sem o concurso dos anticorpos. Em 100 partes de Dermosana, 60 correspondem a um caldo immunizado para as especies:

**ESTAPHYLOCOCCOS - ESTREPTOCOCCOS - PYOCYANICOS**

## Dermosana

Medicamento recente e effcaz para:

Assaduras de crianças - Furuncullos - Espinhas arruinadas -  
Erysipelas - Feridas - Ulceras - Eczemas - Panaricios -  
Queimaduras

Em todas as  
Pharmacias e  
Drogarias



Deposito:  
Pharmacia Castor  
R. Alvares Penteado, 3 - S. PAULO

Enviamos amostras aos senhores clinicos

# POÇOS DE CALDAS

ESTAÇÃO HIDRO-MINERAL E DE REPOUSO  
A 1.200 METROS DE ALTITUDE

Aguas alcalino-sulfurosas hipertermas (44°)

**Indicações:** Reumatismos, molestias da pele, nevralgias, afecções das vias respiratorias superiores, afecções ginecologicas cronicas e sub-agudas, anemias, tratamento auxiliar da sifilis

TRES ESTABELECIMENTOS TERMAIS:

**TERMAS ANTONIO CARLOS:** com as seguintes secções: banhos sulfurosos, pulverisações, hidroterapia (compreendendo diferentes duchas), ducha-massagem, mecanoterapia, banhos de ar quente gerais e locais, banho carbo-gazoso, aero-banho, duchas ginecologicas, massagens.

*Com direção e assistencia medica permanentes*

**BALNEARIO DO PALACE HOTEL:** Banhos sulfurosos.

**BALNEARIO "MACACOS":** Banhos sulfurosos a preços reduzidos.

Os medicos, bem como suas senhoras e filhos menores, têm direito a todo o serviço gratuitamente

## REUNIÕES SCIENTIFICAS

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1.º DE JULHO

**Tratamento do cancer da lingua.** — DR. OSWALDO PORTUGAL. — O caso apresentado refere-se a um individuo portador de um extenso cancer ulcerado da lingua, acompanhado de infiltração lenhosa que tomava cerca de dois terços do organo. O exame histo-pathologico revelou tratar-se de um epithelioma cellular cornificado. O A. chama a attenção para os factores desfavoraveis do caso: extensão das lesões, determinando fixidez da lingua (o que agrava muito o prognostico); concomitancia de syphilis (Wassermann 4 cruces); e a circumstancia de ser o doente, além de fumante, alcoola-tra inveterado. Pois apesar da presença desses elementos desfavoraveis o doente apresenta-se curado, aparentemente pelo menos, dado que é lesão ainda recentemente tratada. O A. borda considerações sobre o tratamento da localisação do cancer lingual pelo radium e refere, contra a therapeutica classica, que o considera incisivo, os bons efeitos do iodeto de sodio, como auxiliar, em certos tumores na lingua, uma vez que seja empregado por via venosa.

**Pylorospasmo no lactente; operação de Ramstheht.** — DRS. DOMINGOS DEFINE E JORGE QUEIROZ MORAES. — Apresentam os A. A. as seguintes conclusões: 1) — Devemos ter a attenção voltada para o pylorospasmo nos casos de vomitos incoerciveis nos lactentes principalmente quando elles não obedecem á nossa therapeutica e as fezes são escassas e o peso cõe progressivamente; 2) — Nunca se deve esperar que o peso da criança se aproxime do indice de Quest para pedirmos o auxilio decisivo da cirurgia; 3) — E' de boa regra descansarmos a mucosa gastro-pylorica logo após a operação, porque quasi sempre ha um processo de gastrite, que a dieta hydrica diminuirá; 4) — A realimentação deve ser cuidadosamente crescente; 5) — A dieta hydrica e a hypo-alimentação decrescente não offerecem perigo porque o estado geral é mantido através de inecções e clysteres de soro glycosado e physiologico; 6) — A operação de Weber Ramstedt, modificada por Hildebrand é efficaz na maioria dos casos em que se respeitou o indice de Quest. 7) — Esta intervenção cirurgica é de

**SATIVAN**

Abortivo e curativo da gripe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

technica delicada e sendo igualmente o tratamento "post-operatorio" complexo, nunca se deve praticar-o a não ser em meios adiantados que offereçam as maiores garantias.

**Erysipela em oto-rhino-laryngologia.** — DR. BUENO DE MIRAN-

DA. — O A. apresentou um caso de erysipela do ouvido, garganta e nariz e outros de erysipela do ouvido correspondendo á irregularidade do fluxo menstrual, verificados em sua clinica, descrevendo a therapeutica usada.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEUROLOGIA E PSYCHIATRIA, EM 6 DE JUNHO

**Corpo estranho intra-racheano, produzindo syndrome de Brown Séquard.** — DRS. CARLOS GAMA E J. DE CAMARGO BARROS. — Uma mocinha, ha 3 annos accidentalmente teve a sua medula lesada por uma lamina de tesoura, ao nivel cutaneo de D8. Ficou com perturbações da sensibilidade thermica, tactil e dolorosa no membro inferior direito e signaes de lesão pyramidal, no esquerdo. O exame mostrou que a lesão se assentava no 12 segmento dorsal. A localisação do corpo estranho se fez com radiographias de frente, perfil e obliquas, simples e estereographicas, coadjuvadas com a prova de Stookey e Lypidol descendente. O acto cirurgico consistiu na decapitação das apophyses espinosas de D7 até D10, laminotomia direita de D8, extracção do corpo estranho. Suturas. Penso. Após operação, sensível melhora para o lado da motilidade.

**Syndrome de Brown-Séquard por hematomyella consequente a bola.** — DOUTORANDO FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS. — O Autor relata um caso de syndrome de Brown-Séquard por hematomyella consequente a contusão por bala. Depois de referir a observação clinica do paciente, documentada pelo exame do liquido cephalo-racheano, prova de Stookey-Queckenstedt, prova do Lypidol e radiographias, encara a questão da oportunidade ou contra indicação de intervenção cirurgica. Mostra que muitas vezes, como no caso que apresenta, não se deve praticar a operação, discutindo as razões que justificam tal conducta. Compara, sob este ponto de vista, o seu caso com o estudado pelo drs. Carlos Gama e J. Camargo Barros, em que o acto cirurgico tinha indicação e foi praticado, salientando os resultados muito favoraveis obtidos em ambos.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**O Livro Vermelho dos Telephones.** — 5.ª EDIÇÃO 1932-1933. — EMPRESA AMERICANA DE PUBLICIDADE. — Organizado e editado pela Empresa Americana de Publicidade, está já em 5.ª edição o Livro Vermelho dos Telephones, iniciativa que tem sido coroada do melhor exito, dada a sua utilidade a todos quantos vivem nesta capital ou mantêm rela-

ções com firmas daqui. O volume custa 20\$000 e pode ser pedido áquella Empresa, rua Christovam Colombo, 3, Caixa Postal, 1431, S. Paulo.

**Archivos do Serviço de Vias Urinarias da Policlinica Geral do Rio de Janeiro.** — Vol. II, 1931. O volume, correspondente a 1931 desse annuario, que é publicado sob a



direcção do prof. Belmiro Valverde, traz excellente e copiosa collaboração sobre assumptos da especialidade, apresentando-se illustrado com numerosos clichés, alguns a cores. O trabalho typographico, de primeira ordem, pertence á Imprensa Nacional.

**Propos sur la Chirurgie Esthétique.** — C. CLAQUE\* — MALOINE, PARIS. — O A., que é secretario geral da Société Française de Chirurgie Plastique et Esthétique, traça, em elegante folheto, os dominios da especialidade a que se dedica. O trabalho é claro e synthetico e vem acompanhado de algumas photographias de pessoas operadas.

**Ação da prata colloidal na cavidade peritoneal.** — OSCAR ISIDORO ANTONIO BRUNO, S. PAULO, 1932. — O A., que é cirurgião da Santa Casa, vem experimentando, a tempos, a acção da prata colloidal na cavidade abdominal, com excellente resultado tanto nos casos de inflamação como prophylacticamente. O resultado das suas observações deu motivo a um interessante trabalho, que foi publicado na "Revista de Therapeutica Practica". O presente folheto é separata do n.º 1 dessa revista, anno de 1932.

#### **As claudicações intermitentes.**

— H. GOMES D'ARAÚJO, PORTO, 1931. — Trata-se de separata de um interessante trabalho que o A. publicou no "Portugal Medico", n.º 8 de 1931, focalizando especialmente "o typo Magalhães Lemos", que se veio differenciar dos typos descriptos por Charcot e Déjérine. O trabalho individualiza bem a syndrome apontada pelo professor do Porto na Revue Neurologique em 1924.

**Cyphose dorsal juvenil.** — ARESKY AMORIM, RIO, 1932. — O A., que é dos mais ferteis da literatura medica brasileira, apresenta-nos agora, num volume de 86 paginas, um documentado trabalho sobre a "cyphose dorsal juvenil", escripto para uma conferencia e publicado em "A Folha Medica", de 5 de agosto ultimo. O assumpto é tratado com minucia e carinho, merecendo a attenção dos estudiosos.

**A ulcera duodenal.** — PEDRO MOURA, RIO, 1930. — Recebemos agora o folheto em que o A. enfeixou a conferencia que fez na Academia Nacional de Medicina sobre o tratamento da ulcera duodenal. Esse trabalho foi publicado pela "A Folha Medica", do Rio, em 15 de junho de 1930.

## NOTICIARIO

### **Associação Paulista de Medicina**

**Premio Diogo de Faria.** — E' o seguinte o regulamento do premio "Dr. Diogo de Faria":

Artigo 1.º) Sob o nome de "Dr. Diogo de Faria" e representado por uma medalha de ouro, fica criado na Associação Paulista de Medicina um premio a ser conferido este anno, através da Secção de Medicina, ao autor do melhor trabalho inedito sobre um thema de Medicina Geral, especialmente escolhido para esse fim.

Artigo 2.º) Poderão concorrer a este premio todos os medicos habilitados e residentes no Estado, ins-

criptos ou não no quadro social da Associação Paulista de Medicina.

Paragrapho unico — O tempo de residencia no Estado será contado em relação á data de abertura do concurso.

Artigo 3.º) O concurso de trabalhos para este premio será considerado aberto na reunião ordinaria mensal da Secção de Medicina, em que fór designado o thema para taes trabalhos.

Paragrapho 1.º) A designação do thema será feita até o mez de Junho inclusive.

Paragrapho 2.º) O thema do concurso será proposto pelo presidente e approvedo pela maioria dos socios inscriptos na Secção de Medicina, presentes á reunião.

Artigo 4.º) O julgamento dos trabalhos será feito por uma comissão de 3 socios escolhidos pelo presidente da Secção de Medicina.

Paragrapho 1.º) A designação desta comissão será feita na reunião ordinaria mensal de Novembro, data de encerramento da inscripção de trabalhos que concorrerão ao premio.

Paragrapho 2.º) A comissão nomeada pelo presidente lavrará um parecer a ser discutido e approvedo pela maioria dos socios inscriptos na Secção de união ordinaria mensal de Dezembro seguinte.

Paragrapho 3.º) E' permitido á comissão reconhecer em seu parecer que nenhum dos trabalhos corresponde, pelo seu merito, á distincção do premio.

Artigo 5.º) Os concorrentes deverão entregar á secretaria da Associação Paulista de Medicina, até a vespera do encerramento do concurso, um exemplar dactylographado do seu trabalho, assignado com pseudonymo.

Paragrapho unico — Junto com o trabalho deverá cada concorrente entregar um envelope fechado, tendo por fóra o titulo do trabalho e o pseudonymo que o subscrive, e contendo discriminação do nome e residência do autor.

Artigo 6.º) A entrega, do premio será feita em sessão especial, ainda na vigencia do mandato da mesa actual.

Artigo 7.º) Qualquer caso omisso no presente regulamento será resolvido em instancia definitiva pela directoria da Associação Paulista de Medicina, mediante consulta do presidente da Secção de Medicina.

Por proposta do presidente, secundado pelo dr. Felipe Figliolini, foi approvedo que o thema do concurso permanecesse amplo: "Medicina geral".

E foi dado como aberto o concurso, cujo encerramento será no fim do presente anno.

**Premio Charcot.** — Na secção de Neurologia e Psychiatria, foi creado, por proposta do dr. James Ferraz

Alvim, um premio annual denominado "Medalha Charcot". A proposta foi feita nos seguintes termos: — "Sr. Presidente. Em S. Paulo ainda não foi destinado um premio annual ao melhor trabalho de Neurologia ou Psychiatria apresentado ás nossas Escolas Superiores ou Sociedades sabias. Inspirado pela iniciativa tomada pela Secção de Medicina desta Associação, que pretende instituir um premio para o melhor trabalho que lhe seja apresentado sobre a medicina geral, tomamos o alvitre de trazer ao vosso conhecimento, assim como dos nossos prezados consocios a idéa de ser levado a efeito pela Secção de Neuro-Psiquiatria identico gesto, destinando-se annualmente uma medalha de ouro ao melhor estudo de uma das duas especialidades que constituem esta Secção. Este premio annual, será um estímulo para os que procuram melhorar o nosso índice científico com suas pesquisas e experimentações, assim como contribuir eficazmente para o progresso da Neurologia e Psychiatria em nosso meio. Com a devida venia pedimos licença para lêr um esboço do Regulamento deste premio e, si approvedo, será enviado á Directoria Geral da Associação Paulista de Medicina para estudo e para ser posto em pratica, si assim deliberar, a partir deste anno.

O Regulamento em questão é o seguinte: — Medalha Charcot — Premio da Associação Paulista de Medicina.

1.º — Este premio será concedido ao melhor trabalho de Neurologia ou Psychiatria apresentado no fim de cada anno á Associação Paulista de Medicina.

2.º — Constará de uma medalha de ouro "cunhagem especial" tendo em uma de suas faces os seguintes dizeres: Premio de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina". Ano . . . . . São Paulo (Brasil), e no verso: — o busto de Charcot ou simplesmente os seguintes dizeres: "Medalha Charcot".

3.º — Poderão concorrer a este premio: — doutorandos em medicina, medicos nacionaes ou estrangeiros; independentes de serem socios da Associação Paulista de Medicina.

4.º — Os trabalhos que concorrerem a este premio deverão ser enviados á Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina (13.º andar do predio Martinelli — São Paulo, Brasil) até 31 de Dezembro de cada ano.

5.º — Os candidatos a este premio poderão discorrer sobre tema de livre escolha em qualquer departamento das duas especialidades referidas.

6.º — A Diretoria da Associação Paulista de Medicina, indicará dentre os socios inscritos na Secção de Neuro-Psiquiatria, tres nomes para constituir a Comissão encarregada

de julgar os meritos dos trabalhos apresentados.

7.º — A Comissão julgadora apresentará seu parecer por escrito até 31 de Janeiro, que será submetido a apreciação dos diretores da Associação Paulista de Medicina e da respectiva Secção, que votará e assinará o relatorio apresentado.

8.º — Este premio será entregue ao vencedor ou seu representante em sessão solene e conjunta da A.P. M., falando em nome da Secção seu Presidente ou seu substituto legal saudando o classificado.

### *Sociedade Francesa de Phoniatria*

Sob a presidencia do prof. Mouré e a vice-presidencia dos dr. Hantant e prof. Lemaitre, fundou-se recentemente em Paris a Société Française de Phoniatrie, destinada ao estudo scientifico e pratico das questões relativas á physiologia e á pathologia da voz e da palavra.

O dr. Tarneaud, secretario geral, está encarregado de fornecer todas as informações concernentes á nova sociedade cujo endereço é: 27, avenue de la Grande-Armée, Paris XVIIe.

# RAIOS X

## Gabinete de Radiologia

do

### Dr. J. M. Cabello Campos

Medico Radiologista da Sta. Casa, do Instituto de Hygiene e dos Centros de Saúde do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 10

SALAS 316, 317 e 318

Telephone: 4-0655

SÃO PAULO

**F**ERMENTO VIVO-PEPTOLYTICO - PROTEOLYTICO - ACIDOPHILO  
DESINFECTANTE BIOLOGICO INTESTINAL (POR VIA BUCCAL)

15 ANNOS DE VITALIDADE CONTROLADA

# LACTOZYM ALFA

## ULTRA FERMENTO BACTERIOPHAGO

**Indicações:**

Affecções gastricas, Enterites, Enterocolites por infecção. (diarrhéas das crianças; febre typhoide; para — typhoide; dysenteria colibacillar e amebiana), processos em que actua tambem de forma efficaz, como preventivo.

EM TODAS AS AUTO - INTOXICAÇÕES.

**O LACTOZYM ALFA E' O FERMENTO MAIS  
ACTIVO E EFFICAZ ATE' AGORA CONHECIDO**

AMOSTRAS E LITERATURA Á DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MEDICOS

*Unicos Concessionarios para os E. U. do Brasil:*

**Vicente Amato Sob.º & Cia.**

Praça da Sé N. 20  
1.º andar

São Paulo

Caixa Postal, 2438  
Telephone 2-2821

Quem experimentar



# CAJU' PURGATIVO

Nunca mais usará outro purgante

À venda em todas as Pharmacias

